Vietnam Journal of Community Medicine, Vol. 67, Special Issue 3, 132-136

RESEARCH ON PREGNANCY OUTCOMES OF HIV/AIDS INFECTED WOMEN GIVING BIRTH AT HANOI OBSTETRICS AND GYNECOLOGY HOSPITAL

Nguyen Vu Ha Anh, Do Tuan Dat, Phan Thi Huyen Thuong

Hanoi Obstetrics and Gynecology Hospital - 929 La Thanh Street, Lang Ward, Hanoi City, Vietnam

Received: 10/11/2025
Reviced: 10/12/2025; Accepted: 29/03/2026

SUMMARY

Objectives: Describe the clinical characteristics of HIV/AIDS infected pregnant women giving birth at Hanoi Obstetrics and Gynecology Hospital and their pregnancy outcomes.

Subjects and methods: Retrospective cross-sectional study of 100 pregnant women diagnosed with HIV infection and giving birth at Hanoi Obstetrics and Gynecology Hospital from January 1, 2022 to December 31, 2023.

Results: The average age of the participants was 32.44 ± 6.18 years old. Most pregnant women had one or more children, and none reported having an HIV-infected child. The majority of pregnant women ended their pregnancy by cesarean section, accounting for 87%. Among HIV-infected pregnant women undergoing cesarean section, 80.4% were performed for obstetric indications, with previous cesarean scars representing the most common reason (65.8%). In contrast, 13.8% of cesarean deliveries were indicated for the prevention of mother-to-child transmission (PMTCT). The use of PMTCT drugs significantly influenced the choice of delivery method, the difference was significant with $p < 0.001$. Regarding neonatal outcomes, most pregnancies were full-term (≥37 weeks), accounting for 89% of the cases. The majority of newborns weighed between 2500 g and 3500 g (90%), and 98% were HIV-negative. There was a statistically significant association between the newborns' HIV status and both PMTCT drug use ($p < 0.001$) and mode of delivery ($p = 0.008$).

Conclusion: The rate of HIV infection among newborns is 2%. The majority of HIV-infected pregnant women delivered by cesarean section, with previous surgical scars representing the most common indication. The combined use of PMTCT interventions and cesarean delivery was associated with a reduced risk of mother-to-child HIV transmission. Furthermore, PMTCT drug use had a significant influence on the choice of delivery method, suggesting that antiretroviral prophylaxis played an important role in clinical decision-making regarding mode of delivery.

Keywords: HIV-infected pregnant women, PMTCT, cesarean section

Abbreviations: HIV (Human Immunodeficiency Virus), AIDS (Acquired Immuno Deficiency Syndrome), PMTCT (prevention of mother-to-child transmission), ARV (Antiretroviral - anti-HIV drugs), ART (Antiretroviral therapy)

*Corresponding author
Email: haanhnguyenvu2505@gmail.com **Phone**: (+84) 975890591 **Http**s://doi.org/10.52163/yhc.v67iCD3.4725

NGHIÊN CỨU KẾT QUẢ THAI KỲ CỦA NHỮNG SẢN PHỤ NHIỄM HIV/AIDS SINH CON TẠI BỆNH VIỆN PHỤ SẢN HÀ NỘI

Nguyễn Vũ Hà Anh, Đỗ Tuấn Đạt, Phan Thị Huyền Thương

Bệnh viện Phụ Sản Hà Nội - Số 929 La Thành, phường Láng, thành phố Hà Nội, Việt Nam

Ngày nhận bài: 10/11/2025
Ngày chỉnh sửa: 10/12/2025; Ngày duyệt đăng: 29/03/2026

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng của những sản phụ nhiễm HIV/AIDS sinh con tại Bệnh viện Phụ Sản Hà Nội và kết quả thai kỳ.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang hồi cứu trên 100 trường hợp sản phụ được chẩn đoán nhiễm HIV và sinh con tại bệnh viện Phụ sản Hà Nội từ 01/01/2022 đến 31/12/2023.

Kết quả: Tuổi trung bình của sản phụ là 32,44 ± 6,18. Phần lớn sản phụ đã có từ một con trở lên, không có sản phụ nào từng có con nhiễm HIV. Đa số sản phụ kết thúc thai kỳ bằng mổ lấy thai, chiếm 87%. Phần lớn trường hợp chỉ định mổ lấy thai ở sản phụ nhiễm HIV vì lý do sản khoa, chiếm 80,4%, trong đó mổ vì sẹo mổ đẻ cũ chiếm tỷ lệ cao nhất với 65,8%. 13,8% trường hợp chỉ định mổ vì dự phòng lây truyền mẹ con. Việc sử dụng thuốc PLTMC có ảnh hưởng đáng kể đến lựa chọn cách thức đẻ, sự khác biệt có ý nghĩa với p < 0,001. Về tình hình sơ sinh, phần lớn các trường hợp nghiên cứu là thai đủ tháng (≥ 37 tuần) chiếm 89%. Đa số trẻ sơ sinh có cân nặng từ 2500g đến 3500g, chiếm 90%. 98% trường hợp có trẻ đẻ ra không nhiễm HIV. Có mối liên quan giữa tình trạng nhiễm HIV của trẻ đẻ ra với việc sử dụng thuốc PLTMC với p < 0,001 và với cách thức đẻ với p = 0,008.

Kết luận: Tỷ lệ trẻ đẻ ra nhiễm HIV là 2%. Đa số sản phụ nhiễm HIV kết thúc thai kỳ bằng mổ lấy thai, trong đó mổ vì sẹo mổ cũ chiếm tỷ lệ cao nhất. Việc sử dụng thuốc PLTMC và mổ lấy thai có liên quan tới việc giảm khả năng lây truyền HIV từ mẹ sang con. Sử dụng thuốc PLTMC có ảnh hưởng đáng kể đến lựa chọn cách thức đẻ của sản phụ nhiễm HIV.

Từ khóa: sản phụ nhiễm HIV/AIDS, PLTMC, mổ lấy thai.

Từ viết tắt: HIV (Human Immunodeficiency Virus), AIDS (Acquired Immuno Deficiency Syndrome), PLTMC (phòng lây truyền mẹ con), ARV (Antiretroviral - thuốc kháng HIV), ART (Antiretroviral therapy)

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Mặc dù HIV/AIDS (Human Immunodeficiency Virus/ Acquired Immuno Deficiency Syndrome) đã được phát hiện từ lâu và nhận thức người dân với căn bệnh này cũng đã có nhiều tiến bộ, tuy nhiên nhóm người mắc HIV vẫn còn nhiều thiệt thòi trong xã hội hiện nay, đặc biệt là phụ nữ mang thai. Trẻ em sinh ra từ mẹ nhiễm HIV đứng trước nguy cơ lây nhiễm từ khoảng 2% ở các nước phát triển (do được tiếp cận với thuốc kháng vi rút và không cho trẻ bú mẹ) cho đến 30% ở các nước đang phát triển[1]an estimated 590,000 infants acquire human immunodeficiency virus type 1 (HIV. Việc áp dụng ART (Antiretroviral therapy) không chỉ giúp cải thiện sức khỏe người mẹ mà còn góp phần bảo vệ thai nhi, giảm tỷ lệ trẻ sơ sinh nhiễm HIV xuống dưới 2% trong các nghiên cứu toàn cầu. Bên cạnh đó, phương pháp kết thúc thai kỳ, bao gồm mổ lấy thai hoặc đẻ thường cũng đóng vai trò quan trọng trong việc giảm nguy cơ lây truyền HIV trong quá trình sinh nở. Do đó, việc đánh giá các đặc điểm của những sản phụ nhiễm HIV/AIDS và kết cục thai kỳ là cần thiết để hướng dẫn quản lý thai kỳ an toàn và hiệu quả. Chính vì thế, chúng tôi đề xuất thực hiện nghiên cứu này với mục tiêu: *Mô tả đặc điểm lâm sàng của những sản phụ nhiễm HIV/AIDS sinh con tại Bệnh viện Phụ Sản Hà Nội và kết quả thai kỳ.*

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Tất cả hồ sơ bệnh án sản phụ được chẩn đoán nhiễm HIV và sinh con tại bệnh viện Phụ sản Hà Nội từ 01/01/2022 đến 31/12/2023, thỏa mãn đầy đủ tiêu chuẩn như sau:

2.1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn

- Sản phụ nhiễm HIV được khẳng định bằng phương cách III của Bộ y tế, trên cơ sở xét nghiệm kháng thể HIV (mẫu huyết thanh dương tính 3 lần xét nghiệm với 3 loại sinh

*Tác giả liên hệ
Email: haanhnguyenvu2505@gmail.com **Điện thoại**: (+84) 975890591 **Https**://doi.org/10.52163/yhc.v67iCD3.4725

phẩm với nguyên lý và chuẩn bị kháng nguyên khác nhau) và sinh con tại Bệnh viện Phụ Sản Hà Nội.

- Sản phụ sinh con từ 22 tuần trở lên

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ

- Sản phụ nhiễm HIV không đủ thông tin trong bệnh án hoặc sản phụ đẻ tại nơi khác được chuyển đến bệnh viện Phụ Sản Hà Nội

- Sản phụ có bệnh lý cấp tính

- Thai nhi dị tật bẩm sinh.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- Thời gian nghiên cứu: Từ tháng 7/2024 đến tháng 7/2025

- Địa điểm nghiên cứu: Bệnh viện Phụ Sản Hà Nội

- Thiết kế nghiên cứu: Mô tả cắt ngang hồi cứu

- Cỡ mẫu: lấy mẫu toàn bộ

- Phương pháp thu thập và xử lý số liệu: Số liệu được nhập, xử lý và phân tích trên phần mềm SPSS 20.0. Sử dụng các thuật toán T – test (Student) tính trung bình và χ^2, test Fisher để kiểm định và so sánh các kết quả. Sự khác nhau giữa các thông số được coi là có ý nghĩa thống kê khi p < 0,05.

2.3. Đạo đức trong nghiên cứu

Đây là nghiên cứu hồi cứu dựa vào những thông tin trên bệnh án, không can thiệp trên người bệnh vì vậy không ảnh hưởng đến sức khỏe của bệnh nhân. Tất cả những thông tin người bệnh được đảm bảo bí mật.

3. KẾT QUẢ

Nghiên cứu ghi nhận 100 hồ sơ bệnh án của bệnh nhân đáp ứng tiêu chuẩn nghiên cứu và không có tiêu chuẩn loại trừ. Từ quá trình nghiên cứu, chúng tôi có những kết quả sau:

3.1. Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu

Bảng 3.1. Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm	Phân loại	Số lượng (n)	Phần trăm (%)
Độ tuổi			
	<20	3	3
	20-24	7	7
	25-29	24	24
	30-34	24	24
	≥35	42	42
	Tuổi trung bình	32,44 ± 6,18	
Số con sống			
	Chưa có con	29	29
	1 con	44	44
	≥2 con	27	27
Tiền sử con nhiễm HIV			
	Có con chết vì HIV	0	0
	Có con sống nhiễm HIV	2	2
	Không	98	98

Tuổi trung bình của sản phụ nhiễm HIV là 32,44 ± 6,18. Chủ yếu sản phụ nhiễm HIV có độ tuổi từ 25 tuổi trở lên, chiếm 90%, trong đó, nhóm tuổi trên 35 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất là 42%. Đa số sản phụ có từ 1 con sống trở lên, chiếm 71%, trong đó sản phụ có 1 con chiếm 44%. Hầu hết sản phụ, chiếm 98%, không có con nào nhiễm HIV.

3.2. Kết quả thai kỳ

Bảng 3.2. Kết quả thai kỳ

Đặc điểm	Phân loại	Số lượng (n)	Phần trăm (%)
Cách thức đẻ			
	Đẻ đường âm đạo	13	13
	Mổ lấy thai	87	87
Chỉ định mổ			
	Lý do sản khoa	70	80,4
	Dự phòng lây truyền mẹ con	12	13,8
	Nguyên nhân khác	5	5,8
Chỉ định mổ sản khoa			
	Vết mổ đẻ cũ	46	65,8
	Ối vỡ sớm/non	14	20
	Thai to	2	2,8
	Ngôi bất thường	2	2,8
	Song thai	3	4,3
	Thai suy	3	4,3

Đa số sản phụ kết thúc thai kỳ bằng mổ lấy thai, chiếm 87% trường hợp. Phần lớn chỉ định mổ lấy thai ở sản phụ nhiễm HIV vì lý do sản khoa, chiếm 80,4%, trong đó mổ vì có vết mổ đẻ cũ chiếm 65,8%. 13,8% chỉ định mổ vì dự phòng lây truyền mẹ con.

Bảng 3. Mối liên quan giữa cách thức đẻ và việc sử dụng thuốc phòng lây truyền mẹ con (PLTMC)

Sử dụng thuốc PLTMC	Cách thức đẻ		Tổng	p
	Đẻ đường âm đạo	Mổ lấy thai		
Có	9	86	95	**< 0,001**
Không	4	1	5	
Tổng	13	87	100	

Trong nhóm sử dụng thuốc PLTMC (95 trường hợp), 86 trường hợp (90.53%) mổ lấy thai, 9 trường hợp (9.47%) đẻ đường âm đạo. Ngược lại, trong nhóm không sử dụng thuốc PLTMC (5 trường hợp), 4 trường hợp (80%) đẻ đường âm đạo và chỉ 1 trường hợp (20%) mổ lấy thai. Sự khác biệt có ý nghĩa (p < 0.001), việc sử dụng thuốc PLTMC có ảnh hưởng đáng kể đến lựa chọn cách thức đẻ.

3.3 Kết quả sơ sinh

Bảng 3.4. Kết quả sơ sinh

Đặc điểm	Phân loại	Số lượng (n)	Phần trăm (%)
Trẻ đẻ ra nhiễm HIV			
	Có	2	2
	Không	98	98

Đặc điểm	Phân loại	Số lượng (n)	Phần trăm (%)
Cân nặng thai nhi khi sinh			
	<2500g	7	7
	2500g-3500g	90	90
	>3500g	3	3
Tuổi thai kết thúc thai kỳ			
	< 37 tuần	11	11
	≥ 37 tuần	89	89

Trong số 100 sản phụ, chỉ có 2% trẻ đẻ ra nhiễm HIV. Phần lớn các trường hợp nghiên cứu là thai đủ tháng (≥ 37 tuần) chiếm 89%. Đa số trẻ sơ sinh có cân nặng từ 2500g đến 3500g, chiếm 90%.

3.4. Một số yếu tố liên quan đến tình trạng nhiễm HIV ở trẻ đẻ ra

Bảng 4. Một số yếu tố liên quan đến tình trạng nhiễm HIV ở trẻ đẻ ra.

Đặc điểm		Tình trạng nhiễm HIV của trẻ		p
		Có	Không	
Sử dụng thuốc PLTMC	Có	0	95	<0,001
	Không	2	3	
Cách thức đẻ	Đẻ đường âm đạo	2	11	0,008
	Mổ lấy thai	0	87	

Trong nhóm sử dụng thuốc PLTMC (95 trường hợp), 100% trẻ sinh ra không nhiễm HIV (95/95 trường hợp). Trong nhóm không sử dụng thuốc PLTMC (5 trường hợp), 2 trẻ (40%) nhiễm HIV. Việc sử dụng thuốc PLTMC có liên quan chặt chẽ đến việc giảm đáng kể nguy cơ lây truyền HIV từ mẹ sang con với p < 0.001. 2/2 trẻ đẻ ra nhiễm HIV đều đẻ đường âm đạo. Trong số 98 trẻ đẻ ra không nhiễm HIV, 88,7% (87/98 trường hợp) là mổ lấy thai. Tình trạng nhiễm HIV của trẻ đẻ ra có mối liên quan với cách thức đẻ với p = 0,008 (<0,05).

4. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Kết quả nghiên cứu cho thấy 90% sản phụ có độ tuổi từ 25 tuổi trở lên, trong đó, nhóm tuổi từ 25 đến 34 chiếm tỷ lệ cao nhất là 48%. Tuổi trung bình của sản phụ trong nghiên cứu là 32,44 ± 6,18, ít tuổi nhất là 18 tuổi, nhiều tuổi nhất là 41 tuổi. Kết quả này khá tương đồng với nghiên cứu của Nguyễn Liên Phương năm 2008 tiến hành ở Bệnh viện Phụ Sản Trung Ương với độ tuổi gặp nhiều nhất là 20 đến 35 tuổi, chiếm 93% và nghiên cứu của Mai Thị Anh (2014) có tỷ lệ sản phụ ở độ tuổi sinh đẻ (21 đến 34 tuổi) chiếm tỷ lệ cao nhất là 88,1%[2], [3]. Như vậy, HIV có xu hướng tập trung ở phụ nữ trong độ tuổi sinh sản. Đa số sản phụ đã có 1 con sống, chiếm 44%. Sản phụ chưa có con nào chiếm 29%, có từ 2 con sống trở lên chiếm 27%. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của tác giả Đỗ Mạnh Tùng năm 2016 với tỷ lệ sản phụ đẻ con lần 2 chiếm tỷ lệ cao nhất 59,2%[4]. Kết quả nghiên cứu cho thấy số sản phụ nhiễm HIV đẻ lần 2 trở lên có xu hướng tăng theo thời gian. Nghiên cứu của chúng tôi cũng cho kết quả chỉ 2% sản phụ có con nhiễm HIV. Điều này cho thấy các can thiệp dự phòng lây truyền mẹ con và công tác chăm sóc trẻ sơ sinh có mẹ nhiễm HIV những năm gần đây đem lại hiệu quả đáng kể.

4.2. Đặc điểm về kết quả thai kì

Nhiều nghiên cứu trên thế giới đã chứng minh mổ lấy thai có thể làm giảm tỷ lệ lây truyền từ mẹ sang con, mổ lấy thai chủ động hoặc trước khi ối vỡ phối hợp với điều trị ARV có thể làm giảm nguy cơ lây nhiễm HIV từ mẹ sang con 50-80%[5], [6]. Các tác giả giải thích tỷ lệ mổ lấy thai tăng lên được sử dụng như một biện pháp làm giảm tỷ lệ lây truyền mẹ con. Theo báo cáo của WHO, nếu thai phụ không được điều trị ARV và đẻ đường âm đạo tỷ lệ lây nhiễm HIV từ mẹ sang con là 31,6%, nếu được điều trị dự phòng và đẻ đường âm đạo thì tỷ lệ này là 10%. Nghiên cứu của Mandebrot và cộng sự tại Pháp cho thấy nếu được dùng ARV dự phòng trong thai kỳ và khi chuyển dạ phối hợp với mổ lấy thai thì tỷ lệ lây nhiễm cho con ít hơn 1%[7]. Trong nghiên cứu của chúng tôi, đa số sản phụ kết thúc thai kỳ bằng mổ lấy thai, chiếm 87% trường hợp, còn lại 13% sản phụ đẻ đường âm đạo. Nghiên cứu của Nguyễn Liên Phương năm 2008 cho kết quả tỷ lệ mổ lấy thai là 54,3%[2]. Tỷ lệ này trong nghiên cứu của Đỗ Mạnh Tùng năm 2015 là 81,5%, năm 2005 là 38,3%[4]. Lương Tâm Phúc nghiên cứu tại bệnh viện Phụ sản Hà Nội cho thấy tỷ lệ mổ lấy thai năm 2006-2010 là 54,12%[8]. Theo Mai Thị Anh tỷ lệ mổ lấy thai tại bệnh viện Phụ sản Trung Ương năm 2012-2013 lần lượt là 64,7% và 72,3%[3]. Qua một số nghiên cứu trên, chúng ta có thể thấy tỷ lệ mổ lấy thai ở sản phụ nhiễm HIV ngày một tăng nhanh. Trong số các trường hợp mổ lấy thai, phần lớn được chỉ định vì lý do sản khoa, chiếm 80,4%, đa số mổ vì có sẹo mổ đẻ cũ, chiếm 65,8%, tiếp theo là ối vỡ sớm/non, chiếm 20%... Điều này có thể giải thích vì đa số sản phụ trong nghiên cứu của chúng tôi đã từng có 1 hoặc 2 con và có thể phát hiện nhiễm HIV từ lần có thai trước đó. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của tác giả Nguyễn Liên Phương với tỷ lệ mổ lấy thai vì lí do sản khoa chiếm đa số, 64,9%[2], nghiên cứu của Lương Tâm Phúc với tỷ lệ này là 55%[8]. Điều này phù hợp với xu hướng chung ở các cơ sở lâm sàng, trong đó HIV là yếu tố đi kèm, không nhất thiết là chỉ định tuyệt đối mổ lấy thai nếu người mẹ đã được điều trị ARV hiệu quả và tải lượng virus thấp. Tuy nhiên, 13% trường hợp trong nghiên cứu của chúng tôi mổ chủ động để dự phòng lây truyền mẹ – con cho thấy vẫn còn một bộ phận sản phụ đến viện khi ối đã vỡ, phát hiện HIV muộn, không tuân thủ điều trị ARV, tải lượng virus chưa kiểm soát tốt.

4.3. Kết quả sơ sinh

Trong nghiên cứu của chúng tôi, phần lớn trẻ sinh ra đủ tháng, chiếm 89%. Nghiên cứu của Đỗ Mạnh Tùng cũng cho kết quả tương tự với đa số là trẻ sinh ra đủ tháng, chiếm 74,6% năm 2005 và 80,2% năm 2015. Và cũng tương tự với kết quả của một số nghiên cứu trước đó, tác giả Nguyễn Viết Tiến và cộng sự (2005-2008) có tỷ lệ trẻ sinh ra đủ tháng là 91,2%, Nguyễn Liên Phương (2008) có

tỷ lệ này là 87%. 11% sản phụ còn lại kết thúc thai kỳ khi thai non tháng vì đi kèm với ối vỡ non, chuyển dạ đẻ non. Đa số trẻ sơ sinh có cân nặng từ 2500g đến 3500g, chiếm 90%. Trẻ có cân nặng dưới 2500g chiếm 7%, thấp nhất là 2100g. Trẻ nhẹ cân chủ yếu do thai kỳ không đủ tháng. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của tác giả Nguyễn Liên Phương là đa số trẻ sơ sinh có cân nặng từ 2500g trở đi, chiếm 85,2%, tác giả Đỗ Thị Thu Thủy là 89%[9]. Đa phần trẻ đạt cân nặng bình thường, tỷ lệ sơ sinh nhẹ cân không cao có thể nhận định rằng việc can thiệp sớm và kiểm soát tốt HIV trong thai kỳ đóng vai trò bảo vệ rõ rệt đối với sự phát triển của thai nhi. Tỷ lệ trẻ nhiễm HIV trong nghiên cứu là 2%. 2 trường hợp này đều đẻ thường và không điều trị ARV do đến viện muộn khi chuyển dạ và ối vỡ, không kịp sử dụng thuốc khi xét nghiệm phát hiện nhiễm HIV muộn.

4.3. Một số yếu tố liên quan đến việc nhiễm HIV ở trẻ

Trong nhóm sử dụng thuốc PLTMC (95 trường hợp), 100% trẻ sinh ra không nhiễm HIV. Trong nhóm không sử dụng thuốc PLTMC (5 trường hợp), 2 trẻ (40%) nhiễm HIV. Việc sử dụng thuốc PLTMC có liên quan chặt chẽ đến việc giảm đáng kể nguy cơ lây truyền HIV từ mẹ sang con với $p < 0.001$. Điều này phù hợp với nhiều nghiên cứu khác trên thế giới hiện nay. Tổ chức Y tế Thế giới (WHO) cũng chỉ ra rằng việc tuân thủ điều trị dự phòng lây truyền HIV từ mẹ sang con có thể giảm tỷ lệ lây nhiễm xuống dưới 2% ở các quốc gia có thu nhập thấp và trung bình. Bên cạnh đó, nghiên cứu của chúng tôi cũng cho kết quả tình trạng nhiễm HIV của trẻ đẻ ra có mối liên quan với cách thức đẻ với $p = 0,008$ (<0,05). Điều này cho thấy rằng mổ lấy thai giúp làm giảm đáng kể nguy cơ lây truyền HIV so với đẻ đường âm đạo. 2/2 trẻ đẻ ra nhiễm HIV đều có mẹ đẻ đường âm đạo. Trong số 98 trẻ đẻ ra không nhiễm HIV, 88,7% (87/98 trường hợp) là mổ lấy thai. Tỷ lệ lây truyền mẹ con thấp (2%) trong nghiên cứu của chúng tôi cũng tương đồng với các nghiên cứu khác trong và ngoài nước.

5. KẾT LUẬN

Tỷ lệ trẻ đẻ ra nhiễm HIV là 2%. Đa số sản phụ nhiễm HIV kết thúc thai kỳ bằng mổ lấy thai, trong đó mổ vì sẹo mổ cũ chiếm tỷ lệ cao nhất. Việc sử dụng thuốc PLTMC và mổ lấy thai có liên quan tới việc giảm khả năng lây truyền HIV từ mẹ sang con. Sử dụng thuốc PLTMC có ảnh hưởng đáng kể đến lựa chọn cách thức đẻ của sản phụ nhiễm HIV.

6. TÀI LIỆU THAM KHẢO

[1] K. M. De Cock et al., “Prevention of mother-to-child HIV transmission in resource-poor countries: translating research into policy and practice,” JAMA, vol. 283, no. 9, pp. 1175–1182, Mar. 2000, doi: 10.1001/jama.283.9.1175.

[2] Nguyễn Liên Phương, “Nhận xét về thái độ xử trí trong chuyển dạ của sản phụ có HIV/AIDS năm 2008 tại bệnh viện Phụ sản Trung ương,” luận văn bác sỹ chuyên khoa II, Đại học Y Hà Nội, 2009.

[3] Mai Thị Anh, “Nghiên cứu thái độ xử trí sản khoa ở sản phụ nhiễm HIV/AIDS đẻ tại Bệnh viện phụ sản Trung Ương trong 2 năm 2012-2013,” luận văn thạc sỹ y học, Đại học Y Hà Nội, 2014.

[4] Đỗ Mạnh Tùng, “Nghiên cứu thái độ xử trí trong chuyển dạ ở sản phụ nhiễm HIV/AIDS tại bệnh viện Phụ sản Trung Ương trong hai giai đoạn 2005-2015,” luận văn thạc sỹ y học, Đại học Y Hà Nội, 2016.

[5] S. Ferrero, G. Gotta, G. Melica, B. Biasotti, G. Ravera, and G. Bentivoglio, “162 HIV-1 infected pregnant women and vertical transmission. Results of a prospective study,” Minerva Ginecol, vol. 54, no. 5, pp. 373–385, Oct. 2002.

[6] S. Ferrero and G. Bentivoglio, “Post-operative complications after caesarean section in HIV-infected women,” Arch Gynecol Obstet, vol. 268, no. 4, pp. 268–273, Oct. 2003, doi: 10.1007/s00404-002-0374-8.

[7] L. Mandelbrot et al., “Perinatal HIV-1 transmission: interaction between zidovudine prophylaxis and mode of delivery in the French Perinatal Cohort,” JAMA, vol. 280, no. 1, pp. 55–60, Jul. 1998, doi: 10.1001/jama.280.1.55.

[8] Lương Tâm Phúc, “Nhận xét việc theo dõi thai và xử trí sản phụ nhiễm HIV đẻ tại Bệnh viện Phụ sản Hà Nội trong 5 năm 2006-2010,” Đại học Y Hà Nội, 2011.

[9] Đỗ Thu Thủy, “Tình hình lây truyền HIV từ mẹ sang con tại bệnh viện Phụ sản Hải Phòng giai đoạn 2004-2008,” Tạp chí hội nghị sản phụ khoa Việt Pháp 2009, pp. 18–24, 2008.